

A PROPOS
DE
DEUX CAS DE SYNCOPÉ
OBSERVÉS
DANS LA SECONDE ENFANCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1919

PAR

Paul CHIOSELLI

Né à Buenos-Ayres (Amérique du Sud), le 9 décembre 1892

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

{ BAUMEL, professeur, *président*.
BOSC, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
GAUSSEL, agrégé.

{ *Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
1, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1919

A PROPOS

DE

DEUX CAS DE SYNCOPE

OBSERVÉS

DANS LA SECONDE ENFANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A PROPOS
DE
DEUX CAS DE SYNCOPÉ
OBSERVÉS
DANS LA SECONDE ENFANCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1919

PAR

Paul CHIOSELLI

Né à Buenos-Ayres (Amérique du Sud), le 9 décembre 1892

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

{ BAUMEL, professeur, *président*.
BOSC, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
GAUSSEL, agrégé.

{ *Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESSEUR.
IZARD.....	SECRETAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (✱)
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N....
Clinique médicale.....	N....

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O ✱) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEVRAN ✱ a. l. (c. e.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (✱)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT	EUZIERE.	LISBONNE
GAUSSEL (✱ ✱)	J. DELMAS (✱).	PECH ✱ (ch. d'agr.).
RICHE	RIMBAUD.	

Examinateurs de la thèse.

MM. BAUMEL, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé.
BOSC, professeur adjoint.	GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA GRAND'MÈRE

Hommage de ma vive affection.

A MA SŒUR

Gage de ma tendresse.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDMOND GARIPUY
DE TOULOUSE

Mon souvenir le meilleur.

A TOUS MES AMIS

P. CHIOSELLI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

P. CHIOSELLI.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au moment de la consécration de nos études médicales, d'adresser un souvenir ému, plein de reconnaissance, à tous les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Marseille et de la Faculté de Montpellier, qui ont contribué à la formation de notre esprit médical; à tous ceux qui nous ont guidé avec tant de science et de bonne volonté; à tous ceux qui n'ont cessé de nous prodiguer leurs encouragements.

Qu'ils reçoivent ici nos plus sincères remerciements et l'assurance de notre entier dévouement.

A PROPOS
DE
DEUX CAS DE SYNCOPÉ
OBSERVÉS
DANS LA SECONDE ENFANCE

INTRODUCTION

Il est un état qui paraît particulier aux jeunes écoliers, aux fillettes, aux approches de la puberté, que l'on confond souvent avec des crises comitiales ou que l'on met sur le compte de l'hystérie, et dont les caractères symptomatiques sont au moins fait pour déterminer quelque inquiétude dans l'entourage des enfants.

Cet état, dont on ne trouve aucun équivalent dans les affections survenant à l'âge adulte, se caractérise par une tendance manifeste aux lypothymies ou à la syncope chez des enfants de 10 à 15 ans, pour lesquels, le plus souvent, aucune tare organique n'a pu être révélée.

C'est ce syndrome particulièrement intéressant qu'on a dénommé : *Crises syncopales de la seconde enfance*.

Après avoir donné deux observations qui nous ont été communiquées par M. le docteur Gucit, du service de médecine infantile à l'Hôpital Suburbain, nous chercherons à tracer les conditions dans lesquelles de pareilles crises syncopales peuvent se produire. Après avoir résumé leurs caractères essentiels, nous dirons l'importance, au point de vue pathogénique, de l'hypo-épinéphrie qui nous a paru en cause dans nos deux cas et à qui il conviendra de rattacher nombre de crises syncopales de la seconde enfance, comme nous le verrons.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

H. Y..., âgé de 12 ans, jeune écolier, plus grand que son âge, nous est amené à la consultation des maladies des enfants pour *crises nerveuses*, nous dit-on, qui se sont reproduites deux fois hier dans la journée.

Sans prodromes, Y... se serait laissé choir une première fois dans la matinée, entre 10 et 11 heures. Il n'y a pas eu de cris initiaux mais une pâleur très vive du visage. Il a eu la sensation de mourir. Au réveil, qui s'est effectué quelques secondes après, il n'y a eu ni cris, ni larmes, Y... était un peu abattu et a manifesté l'intention de dormir. Il ne se rappelle pas ce qui s'est passé pendant la crise. Il n'y a eu ni morsure de la langue, ni perte d'urine. Dans la soirée, nouvelle syncope ayant revêtu les mêmes caractères. Cette fois, le malade dit avoir senti « comme quelque chose qui se fermait dans sa poitrine » et c'est tout. Assis sur une chaise, il s'est affaissé sur la table où il faisait ses devoirs. Au réveil, allongé dans son lit, il ne se rappelait de rien. Les crises ne se sont pas reproduites depuis.

Quand nous le voyons, Y. H... nous paraît un grand enfant, très pâle, qui nous raconte son accident avec précision.

A l'examen, nous ne relevons rien de spécial, ni au poumon, ni au cœur, si ce n'est un premier bruit, un peu mou, à la pointe, sans souffle, ni propagation.

La dent de 14 ans était en évolution, ainsi que les dents de remplacement.

Le tube digestif paraît fonctionner normalement. On ne relève aucune helminthiase. Il n'y a ni gros foie, ni grosse rate. L'appendice n'est point sensible à la palpation. Il n'y a point de hernie.

Rien dans les urines, ni sucre, ni albumine, un peu d'oligurie.

Bien qu'on n'y attache que peu d'importance, on ne relève aucun stigmate d'hystérie.

L'examen de la gorge montre de grosses amygdales, quelques mucosités pharyngées et un cavum très irrité. L'enfant a d'ailleurs un facies adénoïdien très prononcé et ronfle souvent la nuit.

L'examen du pouls montre une diminution notable de la tension (mx.: 8, mn.: 4, au Pachon). Le pouls est petit faible, rapide, 112 à la minute. On fait, sans difficulté, apparaître sur l'abdomen la raie blanche surrénale de Sergeant.

Nous notons quelques signes d'anémie: pâleur des genives et des conjonctives.

Y..., né de parents bien portants, a toujours eu lui-même une excellente santé. Il a un frère et une sœur, plus âgés, qui sont aussi bien portants. N'a jamais eu la coqueluche.

On tranquillise l'entourage, quelque peu effrayé par les crises que le petit malade a présentées la veille.

On prescrit la vie au grand air, à la campagne, pour quelques jours si possible. Un régime reconstituant et un net-

toyage sérieux de la gorge et du cavum. Pommade résorcinée dans le nez, trois à quatre fois par jour, badigeonnage des amygdales au collutoire iodé, matin et soir; une cuillerée à bouche avant le repas de midi de sirop de raifort iodé.

On prescrit, en outre, per os VIII gouttes de la solution d'adrénaline au millième dans les vingt-quatre heures, durant six jours.

L'enfant, revu huit jours après, paraissait bien mieux, n'ayant plus eu de crises et reprenant l'appétit en même temps que son entrain pour le jeu et le travail.

La tension artérielle s'est élevée d'un degré et demi. L'oligurie a fait place à une sécrétion rénale satisfaisante. On note 90 pulsations.

OBSERVATION II

A. M..., 14 ans et demi, réfugiée, vient à la consultation des maladies des enfants, consulter pour des troubles syncopaux pénibles dont elle souffre depuis deux ans.

M. A... n'a jamais été malade depuis sa première enfance. Elle paraît bien développée, mais n'est point encore réglée.

Sans nouvelles de ses parents depuis le début de la guerre, elle est placée dans un orphelinat. Elle travaille beaucoup, mène une vie sédentaire, sort peu. Elle a deux frères et quatre sœurs qui sont, croit-elle, bien portants.

Depuis deux ans, elle se plaint d'avoir, par périodes de sept ou huit jours, plusieurs fois par an, des crises s'accompagnant de bouffées de chaleur avec congestion de la face, dilatation pupillaire et sensation de constriction au

thorax; puis une pâleur extrême succède à la congestion passagère de la face et la petite malade perd connaissance. Quelquefois la perte de connaissance n'est pas complète et tout se borne à quelques bâillements, de violents maux de tête, et tout rentre dans l'ordre.

Les syncopes durent cinq à six minutes en tout, puis se reproduisent deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Quand nous voyons la malade, elle est dans une de ces périodes de syncope: deux la veille et une encore le matin de sa venue à la consultation.

Elle ne tousse pas, ne crache pas. Digère bien. Ici aussi la dent de 13 à 14 évolue de même que quatre dents de remplacement. Le sommeil est bon quoique agité par des rêves et du cauchemar.

A l'examen, on ne relève rien de spécial ni aux poumons, ni au cœur. Pas de signes de coqueluche qui auraient pu expliquer la syncope.

Le pouls est petit, rapide, mou et dépressible. La tension, faible (mx.: 6,5; mn.: 3,5).

Il y a des signes prononcés d'anémie et on relève un très mauvais état de la gorge. On apprend alors que la jeune M... est sujette aux maux de gorge et en poussant plus loin l'interrogatoire, on apprend que les dernières crises se sont montrées toujours en même temps qu'une poussée inflammatoire du côté des amygdales.

La ligne blanche de Sergent est très nette au niveau de l'abdomen.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Les pupilles, paresseuses, sont en mydriase.

On prescrit un traitement analogue au précédent: vie au grand air, régime reconstituant, nettoyage du nez et de la gorge.

On ordonne, comme précédemment, le sirop de raifort iodé et on y ajoute un peu de fer : protoxalate de fer, 0,10, deux cachets par jour.

L'adrénaline est aussi ordonnée, pendant cinq jours, à la dose de VIII gouttes de la solution au millième.

La malade revue huit jours après et revue depuis, n'a plus eu d'accident. Sa tension n'a pas été modifiée, mais la mydriase a disparu. Les pupilles, égales, sont contractiles. Les bouffées de chaleur ont été moins fréquentes. Il n'y a plus eu de perte de connaissance.

Telles sont les deux observations que nous avons recueillies et que nous voulons discuter.

Ecartant d'emblée de notre discussion l'épilepsie ou le pithiatisme dont ces deux enfants ne présentent aucun des caractères, nous ne retiendrons de leur histoire que deux faits que nous voudrions bien mettre en lumière :

a) Des syncopes survenant sans cause apparente chez de grands enfants sains par ailleurs ;

b) Syncopes qu'accompagnent des troubles d'hypo-épinephrie et des poussées inflammatoires du côté de la gorge et du cavum.

Voyons qu'elle est la corrélation de ces faits entre eux.

DONNEES ETIOLOGIQUES

En dehors des affections des centres nerveux, des névroses et de l'épilepsie, des causes diverses peuvent se trouver à l'origine des états syncopaux, indépendamment des grandes hémorragies. Les uns peuvent se montrer au cours ou dans la convalescence des grandes infections : telles sont les crises qui peuvent se produire au cours ou au déclin d'une fièvre typhoïde, d'un rhumatisme articulaire aigu, de la variole, de la scarlatine ou de la diphtérie. Les faits de ce genre sont bien connus et la littérature médicale en rapporte de nombreux cas. Le processus morbide qui fait apparaître la crise syncopale peut entraîner la mort subite.

Les autres peuvent se montrer comme résultats d'actions réflexes diverses dont le point de départ peut être des plus variés. On signale toutes les altérations du fonctionnement gastrique : la dyspepsie atonique, la maladie de Reichmann, la gastro-suchorée, l'ulcus, etc.

Chez la femme, l'utérus et ses annexes, au cours des fluxions cataméniales ou pour toute autre cause, peut être le point de départ de l'action syncopale réflexe.

Le foie, le rein, l'appendice, les coliques hépatique, néphrétique, appendiculaire.

La douleur.

Les traumatismes violents et même légers portant sur la région épigastrique.

Des faits de ce genre ne sont point spéciaux à l'enfance et bien qu'on les rencontre peut-être aussi fréquemment chez eux que chez l'adulte, ils ne constituent point à proprement parler, une affection particulière à leur âge.

Plus importantes, au point de vue qui nous occupe, sont les syncopes qui semblent apparaître sans causes, chez des enfants de 10 à 14 ans, en parfaite santé, et qui sont pris subitement le jour et plusieurs fois par jour de défaillance, de faiblesse allant jusqu'à la perte de connaissance.

Depuis longtemps, ces faits ont été observés par tous les pédiatres et diversement interprétés par eux.

M. le professeur Baumel, dans ses leçons cliniques et dans son *Précis des maladies des enfants*, a attiré l'attention sur des faits de ce genre et a montré les relations qui existent entre ces états syncopaux et l'évolution dentaire chez ces grands enfants.

A noter qu'ils sont le plus souvent anémiques et surmenés et en pleine évolution de la dent de 13 à 14 ans, sans parler des dents de remplacement qui de l'âge de 5 à 15 ans, sont toujours en évolution.

D'autres auteurs ont voulu faire intervenir le nervosisme, le caractère instable de ces enfants, poussés souvent trop vite et mettent sur le compte d'un pithiatisme fruste ces états syncopaux de la seconde enfance. Ces enfants, filles ou garçons, seraient ainsi des candidats au pithiatisme vrai de l'adulte et présenteraient souvent une hérédité chargée et des prédispositions notoires.

Nous ne doutons pas que ces cas n'aient été minutieusement étudiés et que dentition et nervosisme ne puissent créer de toute pièce la symptomatologie dramatique des crises syncopales. Mais il nous a paru qu'il y avait peut-

être plus à chercher et qu'il fallait trouver le fond essentiel de ces états syncopaux dans un trouble passager ou durable des fonctions des glandes à sécrétion interne. Trouble de fonctionnement apparaissant chez des enfants dont l'évolution générale trop hâtive se heurte à un développement incomplet de certains organes.

Aussi ne serons-nous point étonnés de trouver que ces enfants sont de grands enfants, souvent trop grands pour leur âge, pâles et anémiques, apathiques, lymphatiques ou scrofuleux, garçons et filles chez lesquels la puberté ne s'établit que tardivement.

Héréditairement, ces enfants sont des arthritiques, fils de rhumatisants, goutteux ou lithiasiques. Telle est la cause.

Dès lors, toute action irritative, réflexe ou directe, dans cet organisme, en état d'équilibre instable, entraînera une perturbation plus ou moins durable et qui se caractérisera en l'espèce par la perte de connaissance et la syncope.

D'où l'influence combinée de l'anémie concomitante et des infections passagères.

J'insiste sur ce fait que, chez nos deux enfants, nous avons trouvé un très mauvais état de la gorge, des amygdales et du cavum.

APERÇU PATHOGENIQUE

Le rôle des glandes à sécrétion interne apparaît de jour en jour comme tenant sous sa dépendance le fonctionnement interne de tous les échanges organiques. Malheureusement nous ne pénétrons pas encore complètement le mécanisme de ces échanges et le rôle qui, pour chacun d'eux, est dévolu à chaque glande.

Cependant, le développement même de l'individu reste soumis à l'action des sécrétions internes de ces glandes et nous savons quelles lésions de transformations, les troubles de quelques-unes d'entre elles peuvent entraîner.

Les choses ne vont même pas si simplement et maintes fois on devra admettre l'altération simultanée de plusieurs glandes à sécrétions internes, dans les lésions observées : tels sont les syndromes pluri-glandulaires.

Quand la lésion porte électivement sur une glande bien déterminée, comme les surrénales, le syndrome peut alors être isolé.

Le rôle des capsules surrénales longtemps ignoré est apparu évident lorsque Addison a montré leurs lésions dans la maladie à laquelle on a attaché son nom.

Mais l'insuffisance surrénale n'apparaît pas seulement dans la maladie bronzée.

Des travaux récents, dont la thèse du docteur F. Granel,

a résumé les données essentielles, ont établi le rôle de l'*hypo-épinephrie* dans l'aggravation des maladies infectieuses.

C'est à cette insuffisance des capsules surrénales que les auteurs modernes croient devoir rattacher les crises syncopales et la mort subite survenant au cours ou au déclin des grandes pyrexies. N'est-il pas juste dès lors de concevoir une insuffisance fonctionnelle passagère, d'ailleurs et transitoire de ces mêmes capsules surrénales pour expliquer les troubles syncopaux de la puberté?

Hypo-épinéphrie, insuffisance fonctionnelle d'évolution, pouvant d'ailleurs guérir sans laisser de trace mais réveillée souvent par le moindre rhume, l'amygdalite la plus banale, chez des enfants scrofuleux souvent, lymphatiques toujours.

Cette pathogénie est certaine. Elle s'appuie sur les résultats des recherches de laboratoire et sur les faits cliniques. De plus, les données du laboratoire montrent le rôle antitoxique des capsules surrénales. « D'ailleurs, les résultats encourageants de l'opothérapie, viennent fournir un argument de plus en faveur de cette pathogénie ».

De plus, on connaît les rapports intimes anatomiques et physiologiques qui existent entre les surrénales et le plexus solaire. Cela donne une justification nouvelle à la conception de l'altération fonctionnelle par irritation réflexe des capsules surrénales; le point de départ du réflexe pouvant être des plus variés: chimique, physique ou aminé. En l'espèce, chez nos enfants, l'inflammation amygdalienne qui paraît n'avoir jamais manqué à l'origine des accidents.

D'ailleurs, l'action réflexe peut se produire en retour et une fois bouleversées dans leur fonctionnement intime, les glandes surrénales, par insuffisance de production d'adrénaline, entraînent les phénomènes cardiaques, hypotension, tachycardie. Ainsi se trouve justifiée la conception de Ser-

gent sur la pathogénie surrénale de la mort subite. Comme le dit Granel: « Etant donnée l'intimité fonctionnelle qui existe entre le plexus solaire et la glande surrénale, il est possible que la lésion glandulaire soit le point de départ réflexe de cette irritation ».

Nous voulons voir la même origine aux troubles syncopaux que nous décrivons.

ETUDE CLINIQUE

« L'insuffisance surrénale ou hypo-épinéphrie est un syndrome anatomo-clinique, caractérisé cliniquement par des troubles multiples dont les plus frappants sont l'asthénie et l'hypotension, et anatomiquement, par des altérations à tendance destructive des glandes surrénales ».

Ces lésions anatomiques peuvent faire défaut macroscopiquement et l'examen le plus minutieux peut ne révéler qu'un trouble fonctionnel expression d'une altération intracellulaire même minime, mais constante et suffisante.

Cliniquement, l'asthénie et l'hypotension artérielle peuvent se manifester par des faiblesses, des troubles vasomoteurs, des tendances à la syncope et aux hypothimies.

Or, nos grands enfants syncopaux entrent dans le cadre ainsi tracé par un ensemble symptomatique des plus caractéristiques.

On voit, en effet, quelquefois de grands enfants, à peine pubères, pâles et anémiques, souvent enclins aux poussées lymphatiques, pris subitement de syncope sans cause apparente.

Au jeu, à table, au réveil, à la promenade, ils peuvent subitement s'affaler sans prodrome, ni aura et perdre connaissance. Frictionnés, secoués, ils reprennent vite connaissance et ne gardent de l'accident qu'une plus grande faiblesse générale et tendance à l'apathie.

L'examen minutieux ne révèle aucun trouble physiologique, aucune altération d'organe : cœur, poumon ou cerveau.

Mais l'examen de leur gorge montre des amygdales volumineuses; souvent une voûte palatine ogivale très prononcée, quelquefois un facies adénoïdien très net, des mucosités purulentes sur la paroi postérieure du cavum dont l'écoulement semble se faire en permanence; la toux est quelquefois habituelle, ces malades étant traités pour bronchite chronique.

A ce tableau s'ajoute, si on les recherche, les signes de l'insuffisance surrénale type : anémie, asthénie, hypotension (mx. — de 10 et mn. — de 5); enfin, *la ligne blanche* de Sergent.

Le phénomène de la ligne blanche consiste essentiellement dans l'apparition d'une raie blanche lorsqu'on trace avec un corps moussu une ligne sur la peau du malade.

Je sais bien que ce phénomène de la ligne blanche a donné lieu à d'interminables controverses et est encore à l'heure actuelle diversement interprété et admis par les auteurs. Aux faits indéniables fournis par Sergent, Sicard, Bossuet, Hutinel où des lésions des surénales ont été nécroscopiquement vérifiées chez des sujets ayant présenté le phénomène de la ligne blanche, des auteurs comme Leclerc et Saint-Lô, Lian et de Massary ont publié des observations cliniques de ligne blanche sans insuffisance, d'autres d'insuffisance sans ligne blanche. Grégoire, dans sa thèse, paraît avoir porté un coup fatal à la théorie de Sergent.

Néanmoins, ce signe, bien que n'ayant pas une valeur pathognomonique, mérite d'être recherché et lorsqu'il existe, accompagné de tout le cortège symptomatique de l'insuffisance surrénale, d'être pris en considération.

Comme nous l'avons dit, la syncope est de courte durée habituellement, laisse après elle un peu d'abattement et le

tout rentre dans l'ordre à moins qu'une nouvelle infection légère des voies aériennes supérieures ne ramène, par le même processus, une crise syncopale nouvelle.

Dans tout cela, rien de comparable à l'hystérie ni aux crises épileptiques. Il n'y a pas de cri initial, pas d'agitation, pas de miction involontaire, pas de morsure de la langue.

L'accident pourrait cependant entraîner une issue fatale si l'enfant se trouvait être seul et privé de soins, privé de tout secours immédiat.

CONCLUSION THERAPEUTIQUE

Les notions que nous venons de prendre des faits qui précèdent et la conception pathogénique d'altération possible des capsules surrénales au cours des crises syncopales de la seconde enfance, doivent nous conduire à des déductions pratiques.

Les crises syncopales se manifestent au cours d'une hypo-épinéphrie fonctionnelle plus ou moins marquée, c'est à l'*opothérapie surrénale* que nous devrions avoir recours toutes les fois que nous pourrions bien mettre en évidence cette cause morbide.

Mais il ne faudra pas se laisser entraîner par cette conception pathogénique et négliger toute médication adjuvante.

Les indications thérapeutiques des crises syncopales de la seconde enfance seront étiologiques, anatomiques, symptomatiques et leur thérapeutique pathogénique complètera le traitement.

D'ordre étiologique, les indications thérapeutiques seront particulièrement importantes à remplir toutes les fois qu'il sera possible d'établir une thérapeutique spécifique : médication antisypilitique ou sérum antidiphtérique toutes les fois que ces causes pourront être mises en évidence ou même soupçonnées. Les indications d'ordre anatomique

ne pourront que rarement être remplies. Les congestions ou la sclérose des capsules surrénales se produisent d'ailleurs bien rarement à cet âge.

Symptomatiques, les indications thérapeutiques pourraient être très nombreuses. Nous n'en retiendrons qu'une : celle relative à l'inflammation presque constante des amygdales chez les enfants atteints de crises syncopales. C'est là qu'il faut voir le *primum movens* de toute la maladie, c'est là qu'il faut frapper en premier lieu pour arrêter, pour prévenir toute manifestation syncopale réflexe.

Cette indication, magistrale dirons-nous, relève du traitement spécial de la gorge et du nez. Sans tarder, le malade devra être adressé à un spécialiste en vue du traitement local. En attendant et si le spécialiste ne peut être consulté de suite, voici le traitement à suivre, traitement transitoire, traitement d'attente : mettre quatre ou cinq fois par jour, dans l'une ou l'autre narine, gros comme un pois, de la pommade résorcinée à 0,50 p. 30. Badigeonner matin et soir la gorge avec un collutoire iodé ou insuffler de la poudre d'alun sur la muqueuse enflammée.

Faire prendre, suivant la saison, l'huile de foie de morue ou le sirop de raifort iodé.

Compléter, à la belle saison le traitement par de l'hydrothérapie tiède à l'eau salée. Faire quelques séjours au bord de la mer.

Enfin, l'indication pathogénique sera remplie par la médication opothérapique surrénale, adrénaline ou extrait glandulaire total.

Cette médication pourra être préventive ou curative, si on le juge convenable. Dans les infections aiguës des voies aériennes, supérieures, toutes les fois que le myocarde fléchit et que la tension semble baisser, la médication opothérapique paraît indiquée.

A l'état curatif, nous avons essayé l'adrénaline chez nos jeunes malades, avec avantage et croyons devoir la conseiller.

Les crises syncopales apparaissant chez des enfants sains par ailleurs et en parfaite santé, entrent dans le cadre des syndromes d'insuffisance surrénale aiguë. Par conséquent, l'opothérapie est nettement indiquée.

L'asthénie, l'hypotension, les vomissements souvent observés en même temps que les crises syncopales, doivent mettre le médecin en garde d'une insuffisance surrénale possible et, par conséquent, poser l'indication de l'opothérapie.

« La solution courante employée en thérapeutique est au titre de 1 gramme d'adrénaline pour 1.000 grammes d'eau acidulée; on peut l'administrer en ingestion; c'est la méthode la moins dangereuse; Sergent et Netter donnent de XX à XXX gouttes par jour de la solution au millième, c'est-à-dire 1 milligramme à 1 milligramme et demi d'adrénaline, qu'ils font prendre en quatre ou cinq doses égales, dans les vingt-quatre heures ».

On peut donner l'adrénaline par voie sous-cutanée ou par voie intraveineuse. Mais ces deux méthodes nous paraissent trop violentes et doivent être réservées aux cas graves et aux cas d'urgence.

Nous nous contenterons, dans les cas habituels, de la voie gastrique pour faire absorber les médicaments.

Chez nos enfants, nous avons donné, pendant cinq jours, VIII gouttes de la solution au millième. Cette dose nous ayant paru suffisante, nous n'avons pas cru devoir aller jusqu'aux chiffres indiqués par les auteurs.

L'amélioration survenue paraît avoir couronné nos efforts.

CONCLUSIONS GENERALES

Ainsi, fréquemment, on observe, chez des enfants en apparence sains et bien portants, des crises syncopales survenant sans causes et à n'importe quel moment de la journée.

Ces crises, nous l'avons montré, sont en rapport avec une insuffisance surrénale parfois minime, souvent transitoire, déterminée par une infection légère; en l'occurrence, une poussée amygdalienne dans les deux cas que nous avons résumés.

Cette conception pathogénique montre l'importance d'un diagnostic précoce de toute inflammation ou infection même légère des voies respiratoires supérieures; la nécessité d'un traitement approprié et l'usage, dans des cas de ce genre de l'opothérapie surrénale ou de l'adrénaline.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELOUS et LANGLOIS. — C. R. de la Société de biologie, 1892, t. II, p. 388.
- Archives de physiologie, 1892-95.
 - Bulletin de la Soc. de biologie, 1893.
 - Société de biologie, 1895.
- ACUTE. — The Lancet, 1909.
- ADDISON. — London, 1855.
- ALBANESE. — Archives italiennes de biologie, 1892.
- ALEZAIS et ARNAUD. — Marseille médical, 1891.
- ANGLADE et JACQUIN. — Journal de médecine de Bordeaux, 3 juillet 1905.
- APERT. — Presse médicale, 28 octobre 1911, et Bulletin médical, 21 décembre 1910.
- ASKER et DE RODT. — Revue médicale de la Suisse rom., t. XXXII, n°2, 20 février 1912.
- AUBRY. — Gazette médicale de Nantes, 3 juillet 1909, n° 27.
- BAUMEL. — Précis des maladies des enfants, p. 314.
- BERNARD (Léon). — Presse médicale, 6 décembre 1905.
- Rapport au XXXVI^e Congrès de l'Ass. fr. pour l'avancement des sciences, Reims, Revue de médecine, 1907.
 - Société médicale des hôpitaux, 19 juillet 1907.
 - Presse médicale, 23 février 1910.

- BOSSUET. — Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1905.
- BRAULT. — *In* Traité de médecine de Charcot et Bouchardt, t. V.
- BRELET. — Thèse de Paris, 1906.
- Gaz. des hôpitaux, n° 104, 14 sept. 1909.
- BROWN-SEQUARD. — Arch. gén. de médecine, 1856.
- CLAUDE et GOUGEROT. — Revue de médecine, octobre 1908.
- Gazette des hôpitaux, mai 1912.
- CLAUDE (H.) et VERDIER. — Soc. de neurologie, juillet 1910.
- CORTA. — Archives de méd. et de pharm. mil., 1905.
- GRANEL. — Thèse de Montpellier, 1912.
- GRASSET (J.). — Physiopathologie clinique, t. I, p. 575.
- GRÉGOIRE. — Thèse de Bordeaux, 1910.
- HALLION et LAIGNEL-LAVASTINE. — Société méd. des hôpitaux, 1903.
- HUTINEL et MARTIN. — Les maladies des enfants, t. I.
- KIRCHEIM. — Munch. Med. Woch., 3 nov. 1910.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Thèse de Paris, 1903.
- Archives génér. de méd., Paris, 1908.
- LAUTIER et GRÉGOIRE. — Société de biologie de Bordeaux, 5 avril 1910.
- LE CLERC. — Soc. méd. des hôpitaux, 3 juin 1904.
- MARTINET. — Presse médicale, 9 avril 1910.
- MASSARY et LIAN. — Soc. de chirurgie, 13 février 1907.
- MAURICE. — Lyon médical, février 1911.
- NEGRI. — Clin. chir., Milan, 1904.
- OPPENHEIM. — Thèse de Paris, 1901-02.
- et LOEPER. — Bulletin de la Société de biologie, février, mars et juillet 1901.
- PARISOT. — Thèse de Nancy, 1907.
- ROGER. — Soc. de biologie, 1910, 16 juillet.

SERGEANT. — Presse médicale, 1^{er} octobre 1902.

- Arch. gén. de médecine, 5 janv. 1904.
- Presse médicale, 10 juillet 1909.
- Revue mensuelle de méd. interne, nov. 1909.
- Soc. médicale des hôpitaux, 10 juin 1904.
- Bul. de la Société méd. des hôpitaux, 6 juillet. 1906.
- et RIBADEAU-DUMAS. — Bul. de la Société méd. des hôp., 6 juillet 1906.

SEZARY. — Paris médical, avril 1912.

- Société de biologie, 12 mai 1909.

SOCA. — La rougeur permanente de la peau dans l'insuffisance surrénale. Tribune médicale, Paris, 1907.

TALBOT. — St Bartholom. Hospital, Records, 1900, p. 207.

WIRBHAUFER. — Bruxelles, 1897.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 18 juillet 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 18 juillet 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
